

Получение налогового вычета

Справка выдается после оплаты медицинской услуги и при наличии документов, подтверждающих произведенные расходы, по требованию налогоплательщика, производившего оплату медицинских услуг, оказанных ему лично, его супруге (супругу), его родителям, его детям в возрасте до 18 лет.

Пациент может получить справку для получения налогового вычета:

1. **Лично**, при предоставлении в Планово-экономический отдел ГБУЗ Московской области «Московская областная стоматологическая поликлиника» (2 этаж, каб.202) следующих документов:
 - **Заявление:** заполняется налогоплательщиком. В заявлении обязательно указываются паспортные данные налогоплательщика, паспортные данные (данные свидетельства о рождении) пациента, ИНН налогоплательщика.
 - **Счет и кассовый чек** на оплату медицинской услуги;
2. **Онлайн**, скан заполненного заявления (см. п.1), скан счета и чеков предоставляется на электронную почту Spravki-mosp@yandex.ru

Согласно приказу ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824, **срок изготовления справки составляет 30 календарных дней после подачи заявления лично или онлайн.**

Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по коду 2 (дорогостоящие виды лечения) выдается по предоставленным медицинским услугам только по предоставленному (завершенному) ортопедическому лечению и удостоверяет факт получения медицинской услуги и ее оплаты через кассу учреждения здравоохранения за счет средств налогоплательщика.

Коды диагнозов, признанные дорогостоящим лечением, указаны в приказе главного врача ГБУЗ Московской области «Московская областная стоматологическая поликлиника» от 08.04.2024 №110-ОД «Об утверждении перечня видов лечения, относящихся к дорогостоящему лечению и порядок выдачи справки по расходам, для социального налогового вычета».

Телефон для справок: 8(495)631-73-57

От _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить справку об оказанных медицинских услугах за

_____ год (годы)

Налогоплательщик _____

Дата рождения _____

ИНН налогоплательщика _____

Документ _____ Серия _____ № _____

Дата выдачи _____

Пациент (сын, дочь, мать, отец, супруг, супруга) нужное подчеркнуть

ФИО _____

Дата рождения _____

Документ _____ Серия _____ № _____

Дата выдачи _____

_____ Дата

_____ Подпись